Lane Medical Library

Ein Fall

von

graviditas extrauterina

mit Ausgang in Genesung, 27 Jahre nach ihrem Beginne, durch Elimination und Extraction der Foetalknochen per rectum.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medicinischen Doctorwürde

an der

Universität zu Göttingen

von

F. Laupus
aus Coblenz.

Göttingen.

Druck der Gebrüder Hofer.

1876.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154024_0028

Der sehr interessante Fall von *graviditas extra-uterina*, dessen Anamnese und Krankengeschichte wir gleich folgen lassen, um eine Besprechung derjenigen Punkte daranzuknüpfen, welche der Stellung einer exakten Diagnose im Wege stehen, kam in seinem Ausgange im Sommer 1874 in der Poliklinik der kgl. Entbindungsanstalt in Berlin zur Beochtung und endete, nachdem der Eliminationsprocess durch Extraction der noch restirenden foetalen Skelettheile beendigt worden war, mit vollständiger Genesung der Frau. Die Krankengeschichte ist aus zwei, nach Zeit und Ort verschiedenen Aufnahmen getreu zusammengestellt, deren eine dem poliklinischen Journal der kgl. Entbindungsanstalt entnommen ist, während die andere der Freundlichkeit eines Secundärarztes vom Augusta-Hospital verdankt wird. In dieser Form ergiebt sie Folgendes:

Ernestine Struwe, geborene Dornow, $56^3/_4$ Jahr alt, aus Jüterbogk, will als Kind immer gesund gewesen sein. Die Regel stellte sich in ihrem 14. Jahre ein und war bei 3—4tägiger Dauer immer regelmässig und ohne Schmerzen. Im Alter von 19 Jahren an einen Seilermeister verheirathet, gebar sie im Laufe der folgenden zwei Jahre zweimal leicht ausgetragene Kinder männlichen Geschlechtes, die jetzt im Alter von 36 resp. 35 Jahren stehen. In den folgenden 7 Jahren fand keine neue Conception statt. Die Patientin kann sich einer in diese Zeit fallenden Erkran-

kung nicht entsinnen, will im Gegentheil im Laufe dieser Jahre sehr corpulent geworden sein. Von Juli 1847 an, aus ihrem 28. Lebensjahre, datirt sie ihre dritte Schwangerschaft, deren Verlauf nach ihrer Angabe keine erheblicheren Beschwerden mit sich brachte, als die vorhergegangenen. Lebhafte Kindsbewegungen wurden wahrgenommen. Der Frau fiel nur die grössere Leibesstärke gegen die früheren Schwangerschaften auf; harte Resistenzen in der rechten Unterleibsseite wurden von ihr für Kindestheile gehalten. In den letzten Tagen des März 1848, nach ihrer Rechnung am Ende der Schwangerschaft, stellte sich plötzlich ohne jeden wehenartigen Schmerz der Abgang einer grossen Menge blutig gefärbten Wassers ein. Die Frau legte sich nieder, um die nach ihrer Meinung beginnende Geburt abzuwarten. Als aber die Hebamme nach vorgenommener Untersuchung die Geburtswege noch für geschlossen, ein herbeigerufener Arzt sie für schwanger, das Kind für abgestorben erklärt hatte, ging sie, da sich keine Wehen einstellten, ihren häuslichen Geschäften wieder nach. Kindsbewegungen will sie in der letzten Zeit der Schwangerschaft nicht mehr verspürt haben.

Vier Wochen nach diesem Vorfalle stellte sich die Regel wieder ein', untermischt mit weisslichen Fetzen, ein Umstand, der bei dem Wasserabgange nicht bemerkt worden war.

Dieselbe kehrte regelmässig vierwöchentlich wieder und soll nur in den ersten Jahren bedeutend stärker gewesen sein als früher. Erst nach Verlauf von vier Jahren begann ihr Leibesumfang, der sich während dieser Zeit auf der Höhe der Schwangerschaft gehalten hatte, allmählig abzunehmen, während Patientin ohne eigentliche Krankheit in ihrem Allgemeinbefinden so

zurückkam, abmagerte und schwächer wurde, dass sie ihre häuslichen Arbeiten nicht mehr recht zu verrichten im Stande war. Von verschiedenen Aerzten wurde sie damals behandelt, auch poliklinisch in der kgl. Entbindungsanstalt (Berlin) in den Jahren 1850 und 1851, worüber jedoch keine Notizen aufzufinden sind. Nach ihrer Angabe erklärte man dort, es handle sich um eine Gebärmutteranschwellung, die sich zurückbilden werde. Während nun in der folgenden Zeit der Leibumfang mehr und mehr zur Norm zurückkehrte, besserte sich auch das Allgemeinbefinden der Patientin, so dass sie wieder ohne Beschwerden ihren häuslichen Beschäftigungen obliegen konnte. Im Jahre 1857 aber warf eine Unterleibsentzündung mit starkem Fieber und quälender Stuhlverhaltung, die, wie sie angiebt, nur energischen Mitteln wich, sie von August bis Anfang December auf's Krankenlager. An diese Krankheit reihte sich dann eine schwere Lungenaffection, die aber keine Stuhlbeschwerden im Geleite hatte, wie auch der Unterleib nicht mehr dick war. Eine Anschwellung der rechten Schulter mit Eiterung, die spontan durchbrach, complicirte diese Affection noch; andere Gelenke sollen damals nicht geschwollen gewesen sein. Das betreffende Schultergelenk ist jetzt frei. Am letzten December verliess Patientin das Hedwigskrankenhaus, wo sie diese Krankheit überstanden hatte, und konnte darauf, obwohl heruntergekommen und schwach, ihre Wirthschaft versehen. Im December 1858 sah sie sich wieder genöthigt, dasselbe Krankenhaus aufzusuchen, wegen Verhinderung am Gehen durch Schmerzen in der rechten Hüfte und Leistendrüsen in der Grösse von Taubeneiern. Nachdem diese Beschwerden nach drei Wochen gehoben waren, erfreute sie sich dauernd einer guten Gesundheit. Die

Regel war mit vierwöchentlichen Pausen und dreitägiger Dauer regelmässig; sie cessirt erst seit drei Jahren. Auch der Stuhlgang war regelmässig.

Die jetzige Erkrankung begann im Frühjahr 1874 mit wühlenden Schmerzen im Leibe, ab und an Diarrhoen, Drängen und Zwängen beim Stuhlgang. Dagegegen angewandte Mittel hatten keinen Erfolg. Ende Juli bemerkte Patientin zum ersten Male, dass mit den häufigen dünnen Stühlen Knochentheile abgingen, welcher Umstand sie am 8. August in die ambulante Klinik der kgl. Entbindungsanstalt führte Der dort aufgenommene *status praesens* ergiebt Folgendes:

Mittelgrosse, ziemlich magere Frau mit leidendem Gesichtsausdruck; Leib flach, nicht druckempfindlich; die gespannten Bauchdecken lassen nichts Bestimmtes durchfühlen. Scheide im vorderen Theile weit; die fast verstrichene Vaginalportion steht 4 Ctm. hinter dem *introitus*; vordere Muttermundslippe etwas länger als die hintere; der Muttermund ist eine kleine Querspalte. Links hinten von der *portio* wird die Scheidenwand herabgedrängt durch einen rundlichen harten Tumor; Druck ist dort ziemlich schmerzhaft; weniger stark in die Scheide hereinspringende Resistenzen befinden sich hinter der *portio* und rechts derselben. Der Uterus liegt, soweit es ohne Sondirung, auf welche wegen Schmerzhaftigkeit der Theile verzichtet wurde, festgestellt werden konnte, vor dem Tumor, der vorderen Beckenwand genähert. Die Geschwulst ist auch vom Rectum aus palpabel. Sonst giebt die Exploration von dort aus keine weiteren Aufschlüsse, in Sonderheit ist eine Perforationsöffnung in der Wand desselben nicht aufzufinden.

Der untersuchende Assistent will bei der Palpation des Tumor das von Dr. Fasbender als characteristisch

für das Zusammendrücken foetaler Kopfknochen beschriebene pergamentartige Knittern genau verspürt haben.

Aus den von der Frau mitgebrachten Knochen (eine Rippe, mehrere kleine Knochentheile, welche als Wirbelstücke angesprochen werden müssen) ergab sich, dass man hier macerirte Skelettheile einer ausgetragenen Frucht vor sich habe, die *per rectum* zu Tage getreten waren. Zu einer eingreifenden Therapie glaubte man in der Klinik keinen Grund zu haben, da sich dem explorirenden Finger, soweit er im *rectum* gelangen konnte, keine Perforationsöffnung darbot. Das Allgemeinbefinden der Frau, wenn sie auch durch die häufigen eiterigen Diarrhöen etwas herabgekommen war, bot keineswegs Anlass zu der Befürchtung eines baldigen schlimmen Ausgangs. Es wurden ihr deshalb nur reinigende Einspritzungen in Scheide und Mastdarm, innerlich ein decoct. cort. chin. mit vin. rubr verordnet, was sie längere Zeit gebrauchte. Von den später nach und nach reichlich ausgestossenen Knochen, welche die Frau bei ihren Vorstellungen beibrachte, ist der grösste ein halber Unterkiefer, der deutlich seine Fortsätze erkennen lässt; ferner 3 Rippen, 16 ziemlich glatte, gerade Knochen, Metacarpal-, Metatarsal-Knochen und Phalangen; weiter mehrere kleine rundliche Knöchelchen, welche als Hand- und Fusswurzelknochen zu deuten sind; endlich eine grosse Anzahl ungleichartiger mit Vorsprüngen und Fortsätzen versehener Knochenstücke, unverkennbar wieder Theile von Wirbelkörpern und Wirbelbögen. Längere Zeit hindurch, im Herbst und im Anfang des Winters, ging es der Patientin leidlich wohl. Die Leibschmerzen und der Tenesmus hatten aufgehört; ebenso hatten auch die häufigen eiterigen Entleerungen, bei denen

keine Knochenabgänge mehr beobachtet worden waren, nachgelassen. Wiederholte innere Untersuchungen während dieser Zeit ergaben keinen von den früheren Resultaten wesentlich verschiedenen Befund. Als nun aber im Januar 1875 die Frau wieder durch lebhafte Schmerzen im Unterleib gequält wurde, und durch die eiterigen, sich wieder häufiger einstellenden Diarrhöen der Kräftezustand bedeutend herabgesetzt war, stellte sie sich am 19. Februar 1875 im Augusta-Hospitale zur Aufnahme vor.

Bei der dort vorgenommenen Untersuchung *per vaginam et rectum* ergab sich drei Zoll oberhalb des *anus*, wo das *cavum Douglasii* das *rectum* umgiebt, eine Perforation, aus welcher ein Knochen in das *lumen* des Mastdarmes hineinragte. Derselbe wurde sofort extrahirt und stellte sich als ein Foetal-Femur heraus. Mit Hülfe des Mastdarmspeculum wurde der weitere Zugang ermöglicht, und Herr Dr. Küster, der Dirigent der äusseren Station des Augusta-Hospitals, extrahirte mittelst der Kornzange in einer Sitzung sämmtliche in der jauchenden Höhle noch befindlichen Foetal-Knochen, die Kopfknochen nach ihrer Verkleinerung in der Höhle. Die Knochen gehörten, wie auch hier die nähere Untersuchung lehrte, dem Skelet einer ausgetragenen Frucht an. Die weitere Behandlung war derart, dass die Höhle fleissig mit Carbollösung desinficirt und ausgespritzt wurde. Dieselbe verkleinerte sich rasch und Frau Struwe konnte Mitte März nach Vernarbung der Perforationsstelle gänzlich geheilt entlassen werden.

Ehe wir den uns vorliegenden Fall einer genauen Betrachtung unterwerfen, müssen wir Folgendes, auf die Krankengeschichte im Allgemeinen Bezügliches, vorausschicken. Die lange Dauer des sich über beinahe drei Decennien erstreckenden Zeitraumes, welcher zwischen der zu der eben entwickelten Reihe von pathologischen Vorgängen führenden Conception und heute liegt, hat natürlich das Gedächtniss der Patientin in manchen Einzelheiten abgeschwächt. Das Bild, welches sie uns noch heute von diesen Vorgängen entwerfen kann, ist daher nicht so scharf contourirt und klar, wie es wohl zu wünschen wäre. Dazu kommt, dass wir es hier mit einer Frau aus dem Handwerkerstande zu thun haben, welche in Folge ihrer socialen Stellung sich nicht in der Lage befindet, ihre volle Aufmerksamkeit allen jenen Vorgängen in ihrem Körper zuwenden zu können, selbst nicht bei einem so merkwürdigen Ereigniss, wie es eine lange über die normale Zeit bestehende Schwangerschaft auch für den Laien seien muss. So tritt uns hier ein Krankheitsbild entgegen, dessen Diagnose uns nach verschiedenen Richtungen hin Schwierigkeiten bietet. Denn wir müssen diesen Fall von vornherein einer der Haupttypen der Abnormität in der höheren Function der weiblichen Geschlechtsorgane einreihen, welche unter dem Namen der Extrauterinschwangerschaften zusammengefasst werden. Damit berühren wir aber ein Ge-

biet der Gynaekologie, welches nach der übereinstimmenden Ansicht der Autoren zu den dunkelsten derselben gehört, ein Gebiet, in welchem noch viele Hauptpunkte unklar und controvers sind und eine Menge Fragen ihrer Beantwortung harren Hören wir nur, was Scanzoni in Betreff der Diagnose der *graviditas extrauterina* beim Lebenden in seinem Lehrbuch der Geburtshülfe sagt: „Es wird nicht befremden, dass bei der grossen Wandelbarkeit der Symptome die Diagnose der Extrauterinschwangerschaften von jeher als eine der schwierigsten Aufgaben des praktischen Geburtshelfers betrachtet wurde, und dass noch heut zu Tage trotz der bedeutenden Fortschritte, welche die medicinische Diagnostik in den letzten Decennien machte, diese Anomalie häufig ganz übersehen, noch häufiger verkannt und mit andern pathologischen Zuständen verwechselt wird.“

Unterziehen wir nun die Punkte der Anamnese, welche für und wieder die Annahme einer Extrauterinschwangerschaft geltend gemacht werden können, einer näheren Betrachtung

Wir sehen eine gesunde Frau mit vollständig normaler Function der Geschlechtsorgane nach ihrer Verheirathung im Laufe von zwei Jahren zweimal leicht ausgetragene Kinder gebären, dann aber in einem Zeitraume von 7 Jahren keine neue Conception bei ihr eintreten. Eine Krankheit während dieser Periode wird entschieden in Abrede gestellt, welche Angabe dadurch an Wahrscheinlichkeit gewinnt, dass die Patientin während dieser Zeit sehr corpulent geworden sein will.

Wir müssen hier von dem einen Momente, welches mehrere Autoren für die Aetiologie von Extrauterinschwangerschaften hervorheben, nämlich heftige Ge-

müthsbewegungen[1]), Schreck, Angst während oder bald nach der befruchtenden Cohabition, absehen, da sich in unserem Falle hierüber nichts Näheres anführen lässt. Wir haben aber in der längeren Unterbrechung der Fecundation der Patientin eine Thatsache vor uns, welche zwar ihrer Häufigheit wegen im Allgemeinen nichts Auffallendes in sich trägt, für die Entstehung von Extrauterinschwangerschaften aber wohl ins Gewicht fällt. Eine solche Pause in der Fecundation wird nämlich von mehrereren Fachmännern, die sich mit dieser dem Leben der betreffenden Frauen so perniciösen Anomalie näher befasst haben, in vielen Fällen nachdrücklich betont, um in erster Linie mit zur Deutung der Ursachen der *graviditas extrauterina* herangezogen zu werden. Sie gilt ihnen nämlich als Hauptsymptom der in den inneren Geschlechtstheilen abgelaufenen pathologischen Vorgänge, die entweder selbst oder deren Resultate und Residuen das befruchtete Ei verhindert haben, in den natürlichen Fruchthalter zu gelangen.

Dass diese Ansicht nicht blos eine Hypothese ist, erhellt am klarsten aus der Arbeit Hecker's[2]) der eine grosse Anzahl meist genau beobachteter Fälle aller Arten von Schwangerschaften ausserhalb der Gebärmutter zum Zwecke statistischer Verwerthung zusammengestellt hat. Dieselbe ergiebt zunächst, dass von 179 betroffenen Frauen 144 Mehrgeschwängerte sind, wonach sich das Verhältniss der Mehrgeschwängerten zu den Erstgeschwängerten wie 4 : 1 stellt. Nach einer

1) Belege und physiologische Deutungsversuche findet man bei v. Czihak: Beitrag zur Lehre von den Extrauterinschwangerschaften; — Scanzoni: Beiträge zur Geburtskunde. Bd. IV.

2) Beiträge zur Lehre von der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter; in der Monatsschrift für Geburtskunde, Bd. IV.

ältern Statistik von Campbell, die freilich weniger zahlreiche und ungenauere Beobachtungen umfasst, werden die Mehrgeschwängerten im Verhältniss noch häufiger betroffen. Was das Alter der Frauen angeht, so constatirt Hecker, dass Frauen vom 28—32. Lebensjahre das grösste Contingent stellen. Sodann ergiebt seine Zusammenstellung, um nun zu dem uns interessirenden Punkte zu kommen, dass unter den Mehrgeschwängerten die Zahl derjenigen, bei welcher eine längere Pause der foetalen Befruchtung vorausgeht, beinahe die Hälfte beträgt, während bei einem grossen Theile der übrigen Abnormitäten in der Fecundation erwähnt werden, in ein- oder mehrmaligen Aborten bestehend. Bei den meisten Erstgeschwängerten wird ein Abweichen von der normalen höheren geschlechtlichen Function, die sich in einer längern oder kürzern Sterilität nach der Verheirathung kund giebt, ausdrücklich hervorgehoben. Die Ursache dieser auffallenden, statistisch nachgewiesenen Thatsache suchen die Autoren in der partiellen Peritonitis, die eine der häufigsten Krankheiten bei beiden Geschlechtern, bei dem weiblichen eine sehr gewöhnliche Veranlassung von allen möglichen Erkrankungen der Genitalien abgiebt. So ist es z. B. nach Hecker als ausgemacht zu betrachten, dass die chronische, oft so schleichend und unscheinbar verlaufende partielle Bauchfellentzündung beim Weibe oft der Ausgangspunkt einer unheilbaren Sterilität ist, wie sie am häufigsten an Prostituirten hervortritt, die unter der Form der *colica scortorum* dieser Krankheit sehr oft anheimfallen. Dieselbe Affection der *fossae iliacae*, acut oder chronisch verlaufend mit nachfolgenden Adhäsionen, welche Verlegungen und Knickungen der Tuben zur Folge haben, giebt damit für viele Fälle die Ursache ab für voran-

gegangene Unfruchtbarkeit, Pause in der Fecundation und nachfolgende Tubarschwangerschaft; sie soll aber auch, nach Hecker, beim Zustandekommen der *graviditas abdominalis* eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Dieses ist auch durch Sectionsbefunde bestätigt worden, bei denen eine Tube durch Adhäsionen und Pseudoligamente unwegsam, stricturirt oder mit verschlossenem Abdominalende vorgefunden wurde.

Wenn wir nun wieder auf den Punkt unseres Falles, dessen Erörterung uns zur Heranziehung einiger erläuternder Stellen der einschlägigen Literatur zur Stütze der Annahme einer *graviditas extrauterina* geführt hat, zurückkommen, so darf es uns nicht Wunder nehmen, dass die Patientin von einer in die siebenjährige Unterbrechung der Fecundation fallenden Krankheit nichts weiss. Es sind nämlich die localen und allgemeinen Erscheinungen der die pathologischen Veränderungen setzenden, angeführten Affection so wenig ausgesprochen, dass wir, auch wenn keine dreissig Jahre seitdem verflossen wären, kaum noch erwarten könnten, hierüber etwas in Erfahrung zu bringen. — Soweit also liesse sich die Diagnose einer bestandenen Extrauterinschwangerschaft ohne Bedenken stellen. Sollten wir uns für eine Unterart derselben entscheiden, so würden wir auf eine einfache primäre *graviditas abdominalis* den meisten Verdacht haben: denn noch folgende Punkte sprechen speciell für letztere Anomalie.

Die Frau giebt an, dass ihr die grössere Dicke ihres Leibes im Verlaufe der Schwangerschaft gegen die früheren aufgefallen sei, sowie, dass sie in der rechten Seite des Unterleibes harte Resistenzen gefühlt, und für Kindestheile gehalten habe. Deuten wir die ihr gegen frühere Gravididäten auffallende Grösse des Leibesumfanges als ungleiche Auftreibung des *abdomen*,

so ist dies ein Umstand, der für viele solcher Schwangerschaften als characteristisch aufgeführt und für die Diagnose verwerthet worden ist. Freilich liesse sich dieses auch dadurch erklären, dass die Frau nach den beiden ersten Geburten, wie wir oben erwähnt haben, corpulenter geworden ist.

Dass die ausserhalb des derbwandigen, normalen Fruchthalters sich entwickelnde Frucht der Palpation auch dem Laien, hier der Patientin, zugänglicher wird, da sie möglicherweise direct unter den Bauchdecken gelegen haben kann, liesse das angegebene Fühlen von harten Resistenzen, die für Kindestheile gehalten wurden, für Abdominalschwangerschaft sprechen. Auch das Ausbleiben der Menstruation nach der fatalen Conception spricht nicht gegen Extrauterinschwangerschaft, da ein Gleiches in vielen einschlägigen Fällen zur Beobachtung kam.

Ferner lassen sich für diese Anomalie im Allgemeinen noch die Thatsachen beibringen, dass sie die häufigste unter den verschiedenen Arten von *graviditas extrauterina* ist, dass bei ihr in der Mehrzahl der Fälle völlig ausgetragene, selbst übergetragene Früchte zur Beobachtung gelangen; weiter giebt sie die günstigste Prognose für die Mutter, indem ein glücklicher Ausgang sowie eine ausgetragene Frucht bei den anderen Unterarten, der *graviditas interstitialis* und *tubaria*, zu den grossen Seltenheiten gehört. Endlich tritt, wenn überhaupt die Schwangerschaft den Ausgang in Ausstossung der Foetus oder seiner Theile nimmt, ein solcher am häufigsten durch Elimination *per rectum* ein.

Hören wir uun aber auch, welche Momente der Anamnese gegen die Annahme einer *graviditas abdominalis* zur Geltung gebracht werden können.

Es dürfte dazu zunächst der Punkt benutzt werden,

dass die Patientin den plötzlichen Abgang einer beträchtlichen Menge von blutiger Flüssigkeit am Ende der Schwangerschaft angiebt, welche von ihr für Fruchtwasser gehalten wurde. Wollen wir uns letzterer Meinung nicht auch anschliessen, was zu einer anderen gleich zu erörternden Diagnose führen würde, so müssen wir diese Erscheinung auf die in vielen einschlägigen Fällen beobachteten sympathischen Veränderungen der Gebärmutter zurückbeziehen. Dieselben bestehen in Vergrösserung und Verdickung des Organs, bisweilen verbunden mit dem Abgange von Blut und Schleim aus demselben. Wenn wir auch in keinem einschlägigen Falle ein solches Ereigniss, wie den plötzlichen Abgang einer beträchtlichen Flüssigkeitsmenge speciell angeführt finden, so dürfte Folgendes, was wir bei Scanzoni lesen, wohl genügen, um diese Thatsache als Grund für die Annahme intrauteriner Schwangerschaft, erheblich abzuschwächen. Er erwähnt[1]) bei dem betreffenden Kapitel das Auftreten mehr oder weniger intensiver, wehenartiger Schmerzen, welche mit dem Abgange einer oft beträchtlichen Menge von blutig-schleimiger Flüssigkeit aus den Genitalien verbunden sind, zuweilen sogar mit Ausstossnng der in der Uterushöhle gebildeten Decidua. Die in unserem Falle nach Ueberschreitung der normalen Schwangerschaftsdauer sich wieder einstellenden Regel, mit weissen Fetzen untermischt, bestätigt auch hier die Bildung einer hinfälligen Haut, der sich die äusserst seltene Menstruationsanomalie der *Dysmenorrhoea membranacea* aus der Anamnese von selbst ausschliesst.

Hecker erwähnt in einer Anzahl von hierher gehörigen Fällen das Vorkommen eines Schleim- oder

1) Lehrbuch der Geburtshülfe 2. Bd.

Gallertpfropfes im Cervicalkanal. Die beträchtliche Menge blutiger Flüssigkeit könnte man als von einer abnormen Secretion der gebildeten *Decidua* herrührend annehmen, wie sie bei normalen Schwangerschaften als *Hydrorrhoea gravidarum* zur Beobachtung kommt, wo nach Schröder oft grössere Mengen, bis $^1/_2$ Kilo und mehr, „einer gelblichen, serösen, mitunter blutig tingirten Flüssigkeit in den letzten Monaten der Gravidität entleert werden."

Unterstellen wir in unserm Falle eine solche abnorme Thätigkeit der gebildeten *Decidua*, zugleich mit dem Vorhandensein eines den Cervicalkanal verschliessenden Schleimpfropfes, so dürfte der plötzliche Wasserabgang eine genügende Erklärung gefunden haben. Der durch die secernirte Flüssigkeit ausgedehnte Uterus reagirt schliesslich auf den reizenden Inhalt mit Contractionen, die den Pfropf austreiben, worauf dann die Wasser abfliessen. Die hierzu nöthigen schwachen Wehen hat die Frau wohl kaum verspürt, und finden wir deshalb nichts davon angegeben.

Weiter aber kann noch gegen die Annahme einer *graviditas abdominalis primaria* der Verlauf der Schwangerschaft geltend gemacht werden, wie er uns von der Frau gezeichnet ist. Sie will nämlich als Drittgeschwängerte, deren erste beiden Schwangerschaften normal verlaufen sind, bei der Entwicklung der dritten keine erheblicheren Beschwerden gehabt haben als bei den vorhergegangenen; ebensowenig will sie an deren Ende Wehen gehabt haben. Nach Schröder sind aber die Wehen bei der Abdominalschwangerschaft regelmässig sehr bedeutend. Wird das Ei durch Pseudomembranen abgekapselt, so treten in der ersten Zeit starke, entzündliche, oft mit Fieber verbundene Schmerzen im Unterleibe auf, die eben durch die ziemlich

ausgedehnte Peritonitis bedingt sind Entwickelt sich das Ei frei in der Bauchhöhle, so stellen sich die Beschwerden erst in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ein, da sie alsdann durch die Fruchtbewegungen hervorgerufen werden. Die dadurch entstandenen Leiden können einen so ausserordentlich hohen Grad erreichen, dass die Schwangere an Erschöpfung stirbt. Was das Auftreten von Wehen am Ende der Gravidität betrifft, so ist es nach Hecker so überaus häufig, dass gewöhnlich alle Vorbereitungen zum Empfang des Kindes getroffen werden. Interessant ist die Frage, wo der Sitz dieser Schmerzen zu suchen ist. Die Contractionen des eines Inhaltes entbehrenden Uterus sind schwer zu verstehen, müssten also wahrscheinlich von dem abnormen Fruchthalter ausgehen, an dem freilich öfter organische Muskulatur zur Beobachtung kam. Diese Schmerzen, die, bald schwächer bald stärker, in den meisten Fällen gegen den 5.–6. Monat der Schwangerschaft auftreten, können aber auch ganz fehlen Auch Scanzoni führt an, dass die Functionsstörungen bei Extrauterinschwangerschaften manchmal durchaus keine ungewöhnliche Höhe erreichten und will er deshalb das Auftreten derselben anderen Autoren gegenüber nicht als diagnostisches Zeichen gelten lassen, da auch bei normalen Graviditäten dieselben in beträchtlicher Intensität beobachtet werden. Zum Belege erwähnt er zwei selbst beobachtete Fälle, wo die grössere Hälfte der normalen Schwangerschaftsdauer in ungetrübtem Wohlsein der Schwangeren verstrichen, und selbst die gewöhnlichen unangenehmen Begleiter der Conception vermisst wurden. Gesetzt nun, wir wollen von einem totalen Fehlen der Schmerzen im Verlaufe der Schwangerschaft in unserm Falle absehen, so können wir hier wieder die Länge

der Zeit, welche die zwar als *dulcis* bezeichnete *memoria praeteritorum malorum* bei der Frau verwischt oder ausgelöscht hat, sehr wohl zur Aufrechterhaltung der Diagnose einer primären Abdominalschwangerschaft mit heranziehen.

Die Punkte der Anamnese, die wir eben als gegen die Annahme einer Abdominalschwangerschaft sprechende Gründe abzuschwächen versucht haben, der Abfluss einer beträchtlichen Flüssigkeitsmenge, sowie das Fehlen von aussergewöhnlichen Beschwerden in der Entwicklung der fatalen Gravidität, sprechen dagegen direct für die Möglichkeit einer andern Eventualität, nämlich für eine am Ende der Schwangerschaft eingetretene *ruptura uteri*, die, auch das Bauchfell perforirend, nach Austritt der Frucht in das *cavum peritonaei* zu einer sogenannten secundären *graviditas abdominalis* geführt hat. Eine solche Annahme könnte auf den ersten Blick etwas sehr Befremdendes in sich tragen; denn es sind die unmittelbaren Folgen eines solchen fatalen Ereignisses, die innere Blutung vor Allem, meistens so bedeutend, dass die Frauen sofort an acuter Anaemie oder bald nachher an einer foudroyanten Peritonitis zu Grunde gehen. Es kann sich freilich, — und das ist durchaus nicht so selten, wie man aus den Handbücheru schliessen muss — das Bild auch anders gestalten. Der sich gut contrahirende Uterus verhindert entweder nach dem Austritte des Kindes und der Placenta in die Bauchhöhle, oder sofortiger Extraction desselben und Entfernung des Mutterkuchens, was natürlich in den meisten Fällen geschieht, eine bedeutende Blutung. Der Riss heilt, und die betroffenen Frauen genesen langsamer oder schneller. Eine solche Annahme wird aber durch das Fehlen von folgenden Symptomen ziemlich unhaltbar. Zunächst

erfordert ein solches Vorkommniss neben Praedisposition des Uterusgewebes und räumlichem Missverhältniss zwischen mütterlichem Becken und Frucht, bedingt bei letzterer durch Lage oder abnorme Grössenverhältnisse, kräftige Wehen, die dann plötzlich nach eingetretener Ruptur aufhören; ein Umstand, der für die Diagnose einer Uterusruptur an erster Stelle steht, dessen aber in der Anamnese keine Erwähnung gethan wird. Auch wird von dem folgenden hierzu erforderlichen Umstande durchaus nichts gesagt: Die betroffenen Frauen geben nämlich auf das Bestimmteste das Gefühl an, als ob etwas in ihrem Leibe gerissen sei, ebenso wie diejenigen, bei denen es bei bestehender Tubar- oder interstitieller Schwangerschaft vor dem Ablauf der normalen Dauer, was gewöhnlich der Fall ist, zur Ruptur des abnormalen Fruchthälters kommt.

Ferner lässt sich noch dagegen sagen, dass wir auch von einer nach dem Wasserabflusse eingetretenen Blutung nichts erfahren, ein Ereigniss, welches bei Uterusrupturen, wo doch auch meistens, wenn die Frauen nicht entbunden werden, die Placenta in dem Organ zurückbleibt, immer gleich, oder bei vielleicht fest verschlossenem Muttermunde später eintreten muss.

Endlich ist es sehr unwahrscheinlich, dass eine Frau, die eine *ruptura uteri* erlitten hat, wenige Tage darauf ohne ernste Folgen ihren häuslichen Geschäften nachgehen könnte.

Es dürfte also aus allen diesen Gründen die Annahme einer durch Uterusruptur entstandenen sog. secundären Bauchschwangerschaft gegenüber einer solchen primären in unserm Falle kaum zu halten sein.

Der Vollständigkeit halber müssen wir noch einer dritten Möglichkeit der Erklärung des Falles mit einigen Worten gedenken. Es könnte nämlich die ausgetra-

gene, dann abgestorbene Frucht im Uterus selbst zurückgehalten worden sein, eine sehr seltene Anomalie, welche in neuster Zeit durch eine sehr interessante Zusammenstellung der bis jetzt bekannt gewordenen Fälle von Dr. Kullenkampff (Retention abgestorbener Früchte im Uterus, Kiel 1874) die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt hat. Eine solche Annahme lässt sich in unserm Falle, abgesehen von der kolossalen Seltenheit eines solchen Vorkommnisses, leicht dadurch zurückweisen, dass die Periode regelmässig zwar profus, doch normal wieder aufgetreten ist, nachdem die Schwangerschaft die gewöhnliche Zeit überschritten hatte. In Fällen von Retention der Frucht im Uterus ist folgendes beobachtet: Hier hat die in den meisten Fällen eingetretene Zersetzung des Foetus den Abgang von sehr verschiedenen Dingen *per vaginam* zur Folge, die aber mit normalem Menstruationsblut keine Verwechslung zulassen, indem sie aus foetiden, jauchigen Flüssigkeiten, Fetzen von Weichtheilen, später auch aus ihrer Verbindung gelösten kleineren und grösseren Foetalknochen bestehen.

Bleiben wir also bei der Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer *graviditas abdominalis primaria*, die aus den oben erörterten Gründen das Meiste für sich hat. Sie ist aber natürlich nur mit grosser Vorsicht aufzunehmen, da wir zu ihr nur auf dem Wege der Exclusion gelangen konnten, und sie sich nur auf obiges Raisonnement bei fehlendem Sektionsbefunde stützen kann.

Wir hätten uns nun dem Theil der Krankengeschichte zuzuwenden, welcher die Zeit nach dem Ablauf einer normalen Schwangerschaftsdauer, Frühjahr 1848, bis zur Entlassung der gänzlich genesenen Frau aus dem Augusta-Hospitale, April 1875, umfasst.

Verlauf und Ausgang der Bauchschwangerschaft im Allgemeinen betreffend, sei Folgendes vorausgeschickt:

Wie schon angeführt, giebt die *graviditas abdominalis* von allen Extrauterinschwangerschaften die günstigste Prognose für die Mutter. Wird die noch lebende oder todte Frucht nicht durch Kunsthülfe auf blutigem Wege durch die Laparotomie entfernt, wozu die Indication nach Zerreissung des abnormalen Fruchtbehälters gegeben sein kann, so ist unter den gewöhnlichen Ausgängen der in Elimination des Foetus oder seiner Theile der häufigere gegenüber der Lithopaedionbildung. Einige Male ist auch ein Ausgang beobachtet, wo durch merkwürdige Processe in ihrer Umgebung die ganze Frucht nach langer Zeit noch wohlbehalten aufgefunden wurde. Die Lithopaediombildung bringt dem Leben der Mutter weniger Gefahr als die Elimination auf dem einen oder anderen Wege, da bei letzterer, in ihrem oft chronischen Verlaufe, durch verschiedene Ursachen der Tod vieler betroffenen Frauen herbeigeführt wird, während ein sogenanntes Steinkind seine Trägerin sehr häufig wenig oder gar nicht belästigt. Kommt es früher oder später zur

Elimination, so ist eine solche durch den Mastdarm die häufigste Form. Da aber hier die Kunst der anatomischen Verhältnisse wegen wenig znr Beschleunigung des Ausstossungsprocesses beitragen kann, so ist sie auch die langwierigste und eben dadurch gefährlichste Art des Ausgangs. Seltner sucht sich der mütterliche Organismus des Foetus oder seiner Theile durch die Bauchdecken zu entledigen, ja, durch Blase, Uterus und Scheide ist der Austritt einzelner Foetalrudimente beobachtet worden.

In unserem Falle handelt es sich um Ausstossung der macerirten Foetalknochen *per rectum*; und kämen wir nun zur Besprechung des Theiles der Krankengeschichte, in welchem sich die Einwirkung der durch die Veränderungen der abgestorbenen Frucht bedingten Vorgänge im Abdomen der Mutter durch eine Reihe von pathologischen Zuständen des Gesammtorganismus documentirt. Die in solchen Fällen den Tod der Frucht herbeiführenden Ursachen kann man nur muthmassen. Vielleicht ist er die Folge einer Peritonitis, verursacht durch die enorme Zerrung und Spannung des die Frucht umschliessenden Sackes und seines Peritonealüberzuges, wodurch die Ernährung des Foetus beeinträchtigt oder aufgehoben wurde.

Was zunächst den vierjährigen Zeitraum betrifft, in dessen Verlauf die Frau keine Abnahme ihres Leibesumfanges bemerkt haben will, so müssen wir annehmen, das die todte Frucht sich weder wesentlich verändert, noch einen irgendwie intensiven Reiz als fremder Körper auf den müttterlichen Organismus ausgeübt hat. Die Metamorphosen, welche dieselbe eingehen kann, nehmen entweder gleich nach ihrem Absterben oder nach längerer Zeit ihren Anfang. Letzteres ist das Häufigere und zwar treten die Veränderungen

nach Scanzoni desto später ein, je weiter der Embryo in der Entwicklung vorgeschritten war. Dann aber beginnt die Zersetzung der Weichtheile mit allen den Folgen, den dieser Vorgang für den Gesundheitszustand der Mutter in solchen Fällen mit sich bringt. Die Peritonitis, welche durch die in Zersetzung und Verflüssigung übergegangenen Foetalweichtheile hervorgerufen ist, führt in der Regel zum Tode, oder es macht eine mehr oder weniger ausgedehnte Vereiterung der Bauch- und Beckenorgane mit consecutiver Pyaemie oder allmälig sich entwickelndem Marasmus dem Leben ein Ende. Die Frauen sind in diesem Stadium oft am hectischen, Faul- oder Zehrfieber zu Grunde gegangen, wie es in älteren Beschreibungen von Abdominalschwangerschaft häufig zu lesen ist. Scanzoni sagt über diesen Punkt Folgendes: „Das Wohlbefinden der Mutter leidet auffallend entweder durch die oft wiederkehrenden heftigen Peritonitiden, oder durch die Resorption des in der Umgebung des Foetus gebildeten Eiters, oder durch den mechanischen Einfluss, welchen der oft voluminöse Tumor auf seine Nachbargebilde ausübt.“

Unsere Patientin fällt mit dem allmähligen Abnehmen ihres Leibesumfanges einem marastischen Zustande anheim, bedingt durch Resorption von Zersetzungsproducten der Foetalweichtheile in das Blut. Obgleich sich in der Anamnese kein Anhalt dazu findet, so liegt doch der Verdacht nahe, dass das Zurückbilden des Leibesumfanges mit dem Abgange von Eiter in diarrhoeischen Stühlen erfolgt ist, ermöglicht durch eine schon damals stattgefundene Perforation des Dickdarms, die sich dann nachher wieder geschlossen hat. Denn wir können uns schwer zu der Annahme entschliessen, dass so massenhafte Zersetzungs-

produkte, wie sie die Weichtheile eines ausgetragenen Kindes liefern — und dafür, dass dieselben fast gänzlich verschwunden sind, spricht der wieder zur Norm zurückgekehrte Leibesumfang — nur auf dem Wege der Resorption aus der Bauchhöhle verschwunden sein sollen, das dürfte selbst einer noch so starken Natur etwas zu viel zugemuthet sein.

In mehreren einschlägigen Fällen, die nach Ausstossung der Frucht oder ihrer Theile *per rectum* in Genesung ausliefen, werden solche Diarrhoen erwähnt. Hierher passt besonders ein Fall aus Dr. Kullenkampff's Abhandlung, wo es sich also nicht um Extrauterinschwangerschaft, sondern um Retention der Frucht im Uterus handelt, die merkwürdigerweise aber den Ausgang durch Perforation und Elimination *per rectum* nimmt. In diesem Falle litt eine Frau nach dem im 6. Monat erfolgten Tode der Frucht 2—3 Jahr an fauligen Diarrhoen, wobei sie sehr herunterkam; aber erst 6 Jahre später stellten sich die ersten Knochenabgänge ein.

Zehn Jahre lang sehen wir unsere Patientin unter dem Einflusse des in ihr vorgehenden Zersetzungs- und Resorptionsprocesses dahinsiechen. Sie hat dazwischen Zeiten, wo sie bei relativem Wohlbefinden ihren häuslichen Geschäften obliegen kann, woraus man auf einen vorübergehenden Stillstand des Prozesses zu schliessen hätte. In directer Beziehung zu einer erneuten Exacerbation desselben steht die in's Jahr 1857 fallende schwere Erkrankung, deren in der Anamnese aufgeführten Hauptsymptome, die hartnäckige Stuhlverhaltung und das hohe Fieber, dieselbe leicht als eine Peritonitis characterisiren.

Ueber die sich hieran reihende Lungenaffection lässt sich nichts sagen; sie ist auch wenig von Bedeu-

tung und müssen wir dieselbe als Thatsache hinnehmen. Als im Zusammenhang mit dem Eiterungsprocess stehend, könnte man schon eher die Schulteraffection auffassen, nämlich als eine Metastase der bestehenden pyaemischen Infection. Nur waltet hier das Bedenken ob, dass diese Formen von Gelenkentzündung, wenn sie überhaupt überstanden werden, und die Patienten nicht an Pyaemie zu Grunde gehen, wohl kaum ein vollständig intaktes Gelenk zurücklassen.

Das letzte Symptom des bestehenden Resorptionsprocesses sehen wir dann in der ein Jahr später auftretenden Affektion. Die Schmerzen in der rechten Hüfte, welche die Patientin am Gehen hindern, lassen eine doppelte Erklärung zu: Entweder handelt es sich um eine zweite Gelenkmetastase, diesmal des Hüftgelenks, oder der Schmerz rührt her vom Drucke der Foetalknochenmasse auf das Geflecht des rechten *ischiadicus*, in welcher Seite des *cavum Douglasii* die Residuen des Foetus gelegen haben müssten.

Nachdem die Patientin auch diese Affektion glücklich überstanden hat, erfreut sie sich 16 Jahre lang des besten Wohlbefindens. Es ist dies ein Punkt der Krankengeschichte, zu dem wir in den vielen uns zu Gebote stehenden, einschlägigen Fällen kein rechtes Seitenstück finden können. Zur Erklärung dieses merkwürdigen Factums müssen wir uns die Vorgänge im Abdomen der Frau so vorstellen, dass nach Verflüssigung und nach dem Verschwinden sämmtlicher Foetalweichtheile, die aus ihrer Verbindung gelösten und macerirten Knochen zusammengeballt und abgekapselt in der Douglas'schen Tasche liegen; der mütterliche Organismus hat sich an den Fremdkörper gewöhnt, wie wir es bei Lithopaedionbildung so oft beobachtet finden. Es ist einleuchtend, dass die Frau

diese fremde Last, welche ja die letzten 16 Jahre hindurch in ihr ruhte, ohne sie zu belästigen, auch bis zu ihrem Tode getragen hätte — denn solche Ausgänge sind beobachtet — wenn es nicht zur erneuten Entzündung gekommen wäre, deren Gründe sich der Debatte natürlich entziehen. Diese Entzündung führte endlich zur Perforation des *rectum* und Elimination. Dieser langwierige und mit bedeutendem Säfteverlust verbundene Process bringt die Patientin wieder an den Rand des Grabes Wir können mit Sicherheit annehmen, dass sie demselben schliesslich erlegen wäre, wenn sich nicht einer durchgreifenden Therapie durch die Entdeckung der Perforationsöffnung des *rectum* eine Handhabe geboten hätte, und der von der Natur eingeleitete Eliminationsprocess schnell zu Ende geführt worden wäre. Denn bedurfte es schon zur Ausstossung der kleinen Foetalknochen eines halben Jahres und wurde die Patientin schon hierdurch ausserordentlich herunterbracht, wie hatte sie den spontanen Abgang der grösseren Foetalknochen überleben können; wir glauben nicht, dass es überhaupt dahin noch gekommen wäre. Was übrigens die weibliche Natur in solchen Fällen zu leisten vermag, wird durch einen Fall illustrirt, den wir bei Hecker kurz folgendermassen beschrieben finden: Bei einer Frau, deren Abdominalschwangerschaft 5 Jahre hindurch keine wesentlichen Veränderungen erlitten hatte, stellten sich ein Jahr lang profuse Diarrhöen ein, deren Resultat die Elimination des linken Stirnbeins des Foetus war. Darauf traten lange Zeit hindurch täglich 18 – 20 Stuhlgänge ein; halbe Töpfe stinkenden mit Foetusknochen untermischten Eiters wurden entleert, und der Zustand der Frau wurde so kläglich, dass nur durch grosse Dosen Opium, die zuletzt auf gr. 20 *pro die* gesteigert wurden, eine

Art von Erleichterung zu erzielen war. Nachdem auch noch Knochenstücke durch die *vagina* abgegangen waren, erfolgte endlich vollkommene Genesung. In Betreff der Therapie solcher Fälle sei hier beiläufig bemerkt, dass es jetzt Grundsatz ist, den Ausstossungsversuchen des Organismus gegenüber sich exspectativ zu verhalten, um den Process, wenn er begonnen hat, dann schnell künstlich zu beendigen. Viel räthlicher ist es hier nach Scanzoni, der oft Wunder wirkenden Natur zu vertrauen, als mit verwegener Hand durch eine unzeitige Operation den letzten Hoffnungsfaden zu durchschneiden. Bei demselben finden wir dann weiter, in Bezug auf den Process der Elimination der Frucht angeführt, derselbe sei oft sehr langwierig und mit bedeutender marastischer Erschöpfung verbunden, welcher die Kranke nicht selten unterliege. Es käme nicht so leicht eine Krankheitsform vor, welche die enorme Reproductionskraft des weiblichen Organismus so augenfällig bewähre, wie gerade diese suppurative Ausscheidung extrauteriner Früchte. Denn obwohl hierbei die beträchtlichsten Zerstörungen im Innern des Körpers vor sich gingen, wurden die Frauen doch häufig beim Leben erhalten. — Was den Eliminationsprocess selbst betrifft, so bietet unser Fall nichts von vielen anderen einschlägigen Abweichendes dar, wo Verlauf, Therapie und Ausgang dieselben waren.

Einen Punkt jedoch müssen wir zum Schluss noch als besonders bemerkenswerthen speciell hervorheben; es ist dies die Länge der von der fatalen Conception an bis zur gänzlichen Genesung verstrichenen Zeit, welche 27 Jahre umfasst. In dem Material, welches sich bei Hecker angesammelt findet, ist es nur ein in Russland beobachteter Fall, welcher dem unsrigen in dieser Beziehung an die Seite gestellt werden kann.

Es handelt sich dort um eine 64jährige Frau, deren Abdominalschwangerschaft aus ihrem 38. Jahre datirt, und welche noch an Knochenabgängen aus dem Mastdarm litt. Also sind hier auch schon 26 Jahre seit der Conception verflossen, welche zu der abnormalen Schwangerschaft den Grund legte. In anderen 18 dort aufgeführten Fällen, wo bei ausgetragenen Früchten die Ausstossung der Kindsknochen durch den Mastdarm erfolgte, vergingen 1—8 Jahr bis zum Beginn der Elimination. Merkwürdig und ziemlich dunkel ist, da wir keinen näher beschriebenen Fall zur Vergleichung finden können, der Stillstand, der in dem Entzündungs- und Vereiterungsprocess im Abdomen der Mutter eingetreten ist, durch welchen eine so lange dauernde Retention der Foetalknochen herbeigeführt wurde.

Auf die ganze Leidensgeschichte unserer Patientin aber passen vortrefflich die Worte Hecker's: „Gerade hier kann man nicht umhin, die ausserordentliche Zähigkeit und Widerstandskraft der weiblichen Natur zu bewundern, die sich nach endlosen Beschwerden endlich dennoch zur Genesung durcharbeitet.“